

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 801

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GILLES René

Né le 26 Juillet 1908, à Saint-Agnès (Jura)

**Un cas complexe
de Syphilis
neuro-vasculaire tardive**

Président : M. COUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

1938

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GILLES René

Né le 26 Juillet 1908, à Saint-Agniès (Jura)

Un cas complexe de Syphilis neuro-vasculaire tardive

Président : M. COUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine

PARIS

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire	VERNE.
	HOVELACQUE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Crologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie Clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

et

A MA MERE

*Faible témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A MON FRERE ANDRE

A MON FRERE JULES

Docteur ès Sciences physiques

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT,

Professeur de clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur,

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR,

Professeur agrégé de Médecine légale,
Chef des Travaux à l'Institut Médico-légal,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur.

*Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLLET,

Docteur en droit,
Médecin des hôpitaux,

*Qui nous a inspiré le sujet de ce tra-
vail et dont les conseils éclairés faci-
litèrent notre tâche.*

Nos vifs remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE
ET DE PSYCHIATRIE

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT D'HYGIENE INDUSTRIELLE
ET DE MEDECINE DU TRAVAIL

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIENE
pour le diplôme de Médecin sanitaire maritime

A MES MAITRES DE L'INSTITUT DU RADIUM
pour la préparation du Certificat de Radiologie
et d'Electroradiologie médicales

INTRODUCTION

L'association du tabes et de la paralysie générale n'est pas rare. Il en est de même de l'association du tabes et d'une lésion aortique, réalisant le syndrome de Babinski-Vaquez. Mais la coexistence de ces trois manifestations de syphilis tardive nous a semblé suffisamment intéressante pour mériter d'être étudiée.

Nous tenons à remercier M. le Docteur Pollet, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu attirer notre attention sur un malade du service du professeur agrégé Duvoir, à l'hôpital Saint-Louis, et nous a inspiré le sujet de ce travail.

Nous étudierons d'abord les symptômes présentés par le malade et son passé pathologique. Nous ferons suivre cette observation de la discussion du diagnostic qui, à vrai dire, est assez simple.

Nous verrons ensuite quelques-uns des problèmes que soulève l'association du tabes et de la paralysie générale et nous rappellerons le syndrome de Babinski-Vaquez.

Dans un troisième chapitre, nous passerons en revue les causes adjuvantes qui, avec la syphilis, déterminent l'apparition de la paralysie générale et du tabes, et nous verrons en quoi le cas de notre malade répond aux différentes théories proposées.

Enfin, dans un dernier chapitre, le pronostic et le traitement retiendront notre attention, problèmes qui, en pareil cas, nous semblent assez délicats à résoudre.

OBSERVATION ET DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

I. — OBSERVATION

Lorsque nous examinons Victor N..., manœuvre, âgé de 56 ans, dans le service du professeur agrégé Duvoir, à l'hôpital Saint-Louis, il est au huitième jour de son hospitalisation.

1. — Dès l'abord, ce qui frappe chez le malade, c'est l'importance des troubles mentaux. Il répond très mal à l'interrogatoire, sans réticence, mais sans prêter aucune attention, assez indifférent aux questions qu'on lui pose.

Il s'agit d'un homme maigre, de taille moyenne, légèrement pâle, négligé dans sa tenue et peu soucieux de propreté.

La parole est anormale, il présente une dysarthrie manifeste, hésite, cherche ses mots, bégaye, se répète, dit un mot pour un autre.

Désorienté dans le temps et dans l'espace, il ignore qu'il est à l'hôpital, et quand on lui demande

la date, il regarde sa pancarte et répond : « 16 », qui est le numéro de son lit. Il ne sait pas davantage depuis combien de temps il est dans la salle et ce qu'il y est venu faire. Il considère qu'il est bien portant et d'emblée on est frappé par l'euphorie béate du malade qui a perdu toute auto-critique. Son approbativité est évidente. On lui fait répondre oui aux questions les plus saugrenues ; il se laisse examiner avec complaisance, exécutant les manœuvres qu'on lui demande dans la mesure où il les comprend.

Son affectivité est peu touchée. Il demande à sortir, ne comprend pas pourquoi on le garde à l'hôpital, dit qu'il est fort des bras et qu'il peut travailler. Il est instable, se dispute avec les membres de sa famille qui lui rendent visite, et les regrette dès qu'ils sont partis. De même, alors que par moments il reste calme dans son lit, d'autres fois, au contraire, il se lève, s'agite et le personnel hospitalier a les plus grandes difficultés à le maintenir au lit.

Son intelligence est diminuée d'une façon globale. Il a complètement perdu la mémoire et on ne peut lui faire évoquer aucun fait, ni récent, ni ancien. Alors que pendant la guerre il fut mobilisé et que son attitude au feu lui valut la croix de guerre, il ne se souvient de rien en ce qui concerne

cette période de sa vie. Les opérations intellectuelles les plus simples sont impossibles. Pourtant, on obtient quelques réponses exactes dans lesquelles la conservation de l'automatisme mental est évidente. On lui demande combien font 4 et 3, il répond : « 4 et 3 = 7 », mais, pour 7 et 5, il hésite, cherche et finalement répond : « = 36. »

Son attention est très diminuée; il ne peut répéter trois chiffres prononcés à la suite.

Dans la salle où il est hospitalisé, il parle peu, mais toutefois il lui est arrivé de dire à son voisin de lit qu'il allait acheter une autre maison, que sa sœur était riche. Il dit avoir eu la visite du Président de la République, d'un ancien colonel de son régiment à Lunéville et de son patron qui l'a embauché pour commencer son travail dès le lendemain matin. Enfin, il veut se plaindre au commissaire d'avoir été frappé « sur les jambes et sur les bras avec un marteau » le lendemain de son examen neurologique. Il prétend également que ses voisins de lit se moquent de lui.

2. — L'examen du système nerveux de ce malade montre des signes évidents de syphilis nerveuse.

La marche est peu troublée, mais tout de même incertaine, légèrement incoordonnée. Le demi-tour brusque est mal exécuté.

En station debout, il oscille, oscillation qui s'exa-

gère par l'occlusion des yeux, signe de Romberg.

La force musculaire segmentaire est normale. Le tonus est peu modifié; légère hypotonie pourtant des membres inférieurs.

Les réflexes tendineux : rotulien, achilléen, stylo-radial, cubito-radial, alécranien, sont abolis des deux côtés.

Les réflexes cutanés, crémastériens et abdominaux, sont diminués, mais existent; les cutanés plantaires sont en flexion normale.

Il existe un tremblement généralisé, prédominant aux extrémités, d'amplitude assez grande, évident au niveau des muscles péri-buccaux et donnant au niveau de la langue le classique mouvement de trombone.

Les troubles de la coordination sont nets, dysmétrie et asynergie.

La sensibilité superficielle est très diminuée, difficile à apprécier en raison de l'état mental du sujet. De même la sensibilité profonde est très touchée, aucune douleur à la pression des masses musculaires du mollet, du testicule, du larynx, du cubital dans la gouttière olécraniennne.

A l'examen des yeux, nous avons constaté le signe d'Argyll Robertson : myosis, pupilles légèrement inégales, irrégulières, ne réagissant pas à la lumière, réagissant à la convergence. L'iris

a perdu sa striation. Il n'y a pas de paralysie de la musculature externe de l'œil; le fond d'œil est normal. Le réflexe cornéen est conservé. Les autres nerfs crâniens sont normaux. L'audition est normale. Il n'y a pas de troubles vestibulaires.

3. — L'examen cardio-vasculaire révèle un anévrisme de la crosse aortique. Le cœur est rapide, bat à 104. Il existe au bord droit du sternum, à la hauteur du deuxième espace intercostal droit, une légère voussure animée de battements, synchrones au pouls, sans expansion à proprement parler. On note une légère circulation veineuse sur le thorax, prédominant du côté gauche. A l'auscultation, double souffle de la base, avec souffle diastolique très net, irradiant vers la pointe. A la pointe, petit souffle systolique discret.

La radioscopie et la radiographie, en position frontale, oblique et de profil, faites dans le service, montrent un gros cœur hypertrophié surtout aux dépens du ventricule gauche; une hypertrophie de l'aorte aux dépens de sa portion ascendante dont les bords ont perdu leur parallélisme normal et sont battants.

Conclusion : Anévrisme fusiforme de la portion ascendante de l'aorte.

La tension artérielle est à 24 — 5 1/2 au Vaquez. Les artères sont sinueuses, dures, facilement

palpables au niveau de la radiale et de l'humérale. Il n'y a pas d'asynchronisme entre les pouls radiaux et les pouls fémoraux.

4. — Il existe au niveau des mains, une maladie de Dupuytren bilatérale, rétraction légère de l'aponévrose palmaire portant sur les deux derniers doigts.

On note plusieurs nodules sur l'axe de l'annulaire et de l'auriculaire avec légère saillie d'une corde palmaire sur laquelle la peau se fronce.

Deux dépressions en V à pointe supérieure sont visibles à la racine des deux derniers doigts, qui semblent allongés vers la paume et dont les extrémités ont l'aspect caractéristique en bout de cigare. La ressemblance est encore plus frappante si l'on redresse la légère flexion de la première phalange.

5. — Par ailleurs l'examen général du malade révèle, outre son amaigrissement, sa pâleur, un foie un peu augmenté, débordant de deux travers de doigts les fausses côtes. La rate est normale. Aux poumons on note quelques râles de bronchite.

6. — Examens de laboratoire : Chez ce malade, la ponction lombaire révèle une lymphocytose rachidienne; 25 éléments par mm³, lymphocytes surtout. L'albumine est à : 0 gr. 55 (méthode de Sicard). Le Wassermann est positif à l'extrait sim-

ple et à l'extrait cholestériné. La réaction de Pandy est positive. Le Benjoin colloïdal est à type paralytique : 0 — 0 — 0 — 1 — 2 — 2 — 2 — 2 — 2 — 2 — 0 — 0 — 0 — 0 — 0 — 0.

On a pratiqué dans le sang un Bordet-Wassermann qui est positif et un dosage d'urée qui est à 0 gr. 40.

Dans les urines on ne note ni sucre ni albumine.

II. — RENSEIGNEMENTS SUR LE PASSE DU MALADE

Ces derniers nous ont été fournis par la famille. Enfant naturel, il fréquente l'école jusqu'à treize ans et travaille normalement. Il est employé comme jardinier dans un château jusqu'à son service militaire. A son retour, trois ans après, il se marie, mais quitte rapidement sa femme avec laquelle il ne s'entend pas. Pendant la guerre, à la suite de l'éclatement d'un obus, il est blessé (forte commotion cérébrale), reste quelques temps sans connaissance, mais n'est pas hospitalisé, sans que l'on puisse avoir de plus amples renseignements sur ce traumatisme.

Depuis la guerre, il travaille comme laveur de voitures dans un garage, vit seul ou en compagnie

de femmes avec lesquelles il reste peu. Il n'a jamais eu d'enfants. Il se brouille fréquemment avec sa famille.

En somme, sa vie est assez instable, mais nous n'avons pu noter aucune manifestation pathologique, ni physique, ni mentale.

Ce n'est que depuis six mois que sa famille s'est inquiétée de son état. Sa sœur nous rapporte que depuis cette période il parle lentement, avec difficulté et prononce mal ses mots. En outre, son beau-frère a remarqué depuis un an, à l'occasion de promenades faites en commun, qu'il s'arrêtait fréquemment pour uriner et était très long à uriner. Cependant, ce n'est que depuis un mois qu'il a dû cesser son travail; jusqu'à cette date il était encore capable de faire des courses, oubliant parfois ce qu'il venait de faire, mais ne commettant pas d'erreur grossière. Son amaigrissement a surtout frappé sa famille depuis six à huit mois.

Dans ses antécédents héréditaires on ne note rien qui puisse attirer l'attention. Victor N... a perdu ses parents à un âge assez avancé; il a un frère et une sœur bien portants.

Quant à sa lésion cardio-aortique, elle ne semble pas l'avoir gêné. Le malade n'ayant présenté aucun symptôme de défaillance cardiaque. S'il montait difficilement les escaliers depuis deux mois

environ, c'était plus en raison de ses lésions nerveuses que d'une gêne fonctionnelle cardiaque. Il heurtait les marches, mais n'était pas essoufflé.

Depuis le mois d'août, le caractère a changé, le malade s'est montré méfiant, taciturne.

La famille ignorait qu'il put avoir contracté la syphilis.

Le malade n'ayant jamais vu de médecin, n'a donc jamais été traité.

III. — DISCUSSION DU DIAGNOSTIC

Nous pensons que le malade est atteint d'anévrisme aortique, de tabès et de paralysie générale, auxquels s'ajoute une maladie de Dupuytren bilatérale.

1. — *L'anévrisme* de la crosse aortique est indiscutable. Le malade n'a pas présenté de signes fonctionnels d'aortite. On n'a pas noté chez lui de crise d'angine de poitrine, d'algie précordiale, mais, la circulation veineuse collatérale, le double souffle de la base avec son souffle diastolique intense à propagation descendante vers la pointe, affirment une lésion organique de l'aorte.

L'examen radioscopique et l'examen radiologique montrant une aorte très dilatée, opaque, battante, confirment le diagnostic d'ectasie.

Précisons que l'anévrisme, même volumineux, est presque toujours ignoré du malade. C'est souvent une cause de mort subite (rupture) et une découverte d'autopsie. Laenneo disait : « Il est peu de maladies aussi insidieuses que l'anévrisme de l'aorte; ...souvent le premier signe de son existence est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu. »

2. — *Les troubles mentaux* forment un faisceau très évocateur de la démence paralytique. Il est désorienté; l'euphorie, l'approbativité niaise, la perte de l'auto-critique, la baisse globale des facultés intellectuelles font d'emblée penser à la paralysie générale.

Nous nous sommes demandés s'il présentait des idées délirantes. Le délire semble chez lui assez pauvre. Peut-être pourrait-on retrouver quelques thèmes délirants habituels à la maladie de Bayle. A savoir, — délire mégalomaniacal : il veut acheter une nouvelle maison; sa sœur est riche — délire de revendication : plainte au commissaire — délire de persécution même : les malades se moquent de lui dans la salle. Mais ces épisodes sont de courte durée et dans l'ensemble, ce qui domine, est l'apauvrissement intellectuel plus que le délire.

Nous avons discuté l'existence possible d'hallucinations : visite du président de la République,

du patron, du colonel. Il semble qu'il s'agisse là simplement d'interprétation, de fausse reconnaissance, vis-à-vis des habitués du service et que le malade supplée ainsi à la déficience de sa mémoire.

Parmi les troubles neurologiques de la paralysie générale, le tremblement de la langue et des extrémités, les trémulations fibrillaires péri-buccales ont une grosse valeur diagnostic. La dysarthrie évidente est également celle d'un paralytique général et non pas celle que l'on pourrait observer dans des lésions en foyers du cortex.

Le signe d'Argyll-Robertson, le résultat de la ponction lombaire affirment la syphilis nerveuse et spécialement la paralysie générale; c'est pourquoi, ne sont même pas à soulever les diagnostics de démence présénile d'origine athéromateuse ou de psychoses alcooliques.

Le seul diagnostic cliniquement discutable pourrait être celui de la syphilis cérébrale dans sa forme non parenchymateuse, en foyers localisés. La démence y est moins importante, la perte de l'auto-critique moins complète, les manifestations aiguës : bouffées délirantes, hallucinations y sont au contraire de premier plan.

Notre malade, en somme, présente une démence progressive qui est bien celle de la méningo-encéphalite diffuse.

3. — *Le tabès* est, des trois éléments, le moins apparent. Mais l'abolition des réflexes tendineux est totale; les troubles de la sensibilité profonde sont très importants; les troubles sphinctériens (dysurie), semblent indiscutables et sont peut-être parmi ceux qui sont apparus le plus précocement chez ce malade. L'ataxie est discrète; certes notre malade n'est pas le grand ataxique aux gestes désordonnés, mais il présente un signe de Romberg et une instabilité à la marche indiscutables. Il ne semble pas qu'il ait présenté de crises douloureuses viscérales (crises gastriques ou laryngées), ni douleurs fulgurantes, ni troubles trophiques.

Rappelons que la ponction lombaire et le signe d'Argyll-Robertson affirment la syphilis nerveuse.

L'aréflexie tendineuse, les troubles de la sensibilité, et le signe de Romberg nous permettent d'affirmer l'atteinte des cordons postérieurs de la moelle.

4. — Quant à *la maladie de Dupuytren*, elle est indiscutable.

IV. — REMARQUES

Chez ce malade, certains points nous semblent mériter de retenir encore notre attention :

1. — *La rapidité de l'évolution.*

Les premiers signes pathologiques qui ont frappé la famille sont les troubles de la parole; ils ne dattent que de six mois. .

Comme il est fréquent chez ces malades, il persiste longtemps un degré d'autouratisme mental qui leur permet d'accomplir les petits travaux de la vie quotidienne. Il y a un mois notre malade travaillait encore et sa famille trouve qu' « il n'a vraiment changé que depuis très peu de temps ».

Les troubles de la marche sont apparus il y a deux mois environ et dans la série tabétique les troubles urinaires qui furent peut-être les plus précoces, ne sont pas apparus depuis plus d'un an.

2. — *L'état viscéral.*

Ce malade qui n'est âgé que de 56 ans, présente des lésions artérielles plus importantes que ne le ferait supposer son âge. Il est hypertendu, ses artères sont dures, flexueuses.

Mais son taux d'urée dans le sang qui est de 0 gr. 40, est sensiblement normal.

3. — *La maladie de Dupuytren.*

Sans vouloir tirer aucune conclusion sur la nature encore discutable de cette affection, nous rap-

pellierons que deux théories étiologiques ont attiré notre attention :

— une *théorie infectieuse* dans laquelle la syphilis est invoquée. Léchelle et Baruck en rapportent un cas à la Société Médicale des Hôpitaux en 1927. P. Boulogne en signale un cas bilatéral chez un malade porteur d'une ectasie de l'aorte. (*Bulletin médical* de février 1936.)

— une *théorie nerveuse* qui présente peut-être plus d'intérêt :

D'une part la maladie de Dupuytren a été rapportée dans des cas d'affection médullaire (poliomyélite antérieure chronique, syringomyélie) et dans les cas où les lésions du sympathique sont importantes, tel le cas d'Alajouanine, Maire et Guillaume où elle était associée à un syndrome de Claude Bernard-Horner (*Revue neurologique* de 1930). Le tabès où l'on sait l'importance des troubles sympathiques n'est peut-être pas à rejeter.

D'autre part, de très nombreux cas sont rapportés de maladies de Dupuytren associées à des affections de l'encéphale : Trichet en 1904 consacre sa thèse à la maladie de Dupuytren chez les paralytiques généraux. Fere et M^{me} Francillon trouvent la maladie de Dupuytren dans 6 % des cas de paralysie générale, d'épileptiques et d'aliénés qu'ils ont rapportés. .

RAPPEL SUR LES COMPLICATIONS VASCULAIRES ET NERVEUSES ASSOCIÉES DE LA SYPHILIS TARDIVE

A propos de ce malade, nous avons revu l'association des trois affections : tabès, paralysie générale, anévrisme, dont il est atteint.

L'association des trois affections nous a semblé assez rare pour mériter d'être rapportée.

L'association des lésions cardio-vasculaires et des lésions tardives du système nerveux est fréquente et connue depuis longtemps :

— *Pour ce qui est de la paralysie générale, Alzheimer trouve l'aortite syphilitique chez les paralytiques généraux dans 74 % des cas. Wiesner et Rash dans 67,4 % des cas.*

Pourtant chez les paralytiques généraux l'anévrisme de l'aorte ne semble pas d'une très grande fréquence. Nous avons trouvé rapporté à la Société Médico-psychologique par Courtois, Misset et Beley un cas de paralysie générale, à évolution rapide chez une malade atteinte d'anévrisme aortique.

Ces auteurs concluent au caractère exceptionnel d'une telle association.

— *Pour ce qui est du tabès*, dont l'origine syphilitique fut établie par Fournier en 1876, son association avec les affections vasculaires syphilitiques est connue depuis longtemps. Elle est indiscutablement fréquente; elle a perdu aujourd'hui un peu de son intérêt car nous connaissons bien l'étiologie commune à ses deux ordres de lésions.

Nous rappellerons pourtant qu'avant les travaux de Fournier en 1876, on discutait sur les rapports des deux lésions. La lésion médullaire des cordons postérieurs était pour certains due à l'atteinte du système vasculaire de la moelle. D'autre part, certains pensaient que la lésion vasculaire, tel un anévrisme, pouvait entraîner par compression du sympathique des troubles oculo-pupillaires, dont l'étiologie exacte était méconnue. Pierre Marie, en 1892, dans ses « maladies de la moelle », insiste sur la fréquence de l'artériosclérose chez les tabétiques. A ce propos nous noterons que notre malade qui n'a que 56 ans, présente des lésions athéromateuses importantes.

Mais c'est à Babinski et à Vaquez que revient le mérite d'avoir décrit en 1902 un syndrome qui porte leur nom sur l'association du tabès et de l'anévrisme de l'aorte. Leur mémoire princeps à la

Société médicale des Hôpitaux, portait sur l'observation de trois malades : deux étaient porteurs d'anévrisme indiscutable et leur tabès marqué surtout par un signe d'Argyll-Robertson, se traduisait par l'abolition des réflexes tendineux et par des troubles de la sensibilité; le troisième chez qui les signes d'aortite, autant que le tabès, étaient plus discrets, présentait une ponction lombaire qui affirmait la syphilis antérieure. A une période où l'étiologie exacte du tabès et de l'anévrisme était d'acquisition récente, ces auteurs concluaient à l'intérêt des signes de tabès pour affirmer l'origine syphilitique d'une lésion aortique.

— *Quant à l'association du tabès et de la paralysie générale*, elle a donné lieu à des discussions qui gardent encore de l'intérêt à l'heure actuelle. L'existence de troubles mentaux dans le tabès est connue depuis longtemps. Fournier, en 1885, dans ses « leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique », décrivait des tabès à début psychique et des tabès simulant la paralysie générale.

Un point est discutable, à savoir : la fréquence de la paralysie générale associée au tabès.

Pour les uns, elle est rare : Pierre Marie, dans « les maladies de la moelle », considère que les troubles mentaux importants chez les tabétiques

sont dus à la paralysie générale. Mais il conclut en disant : « Ce sont là des cas assez rares, je dirai presque exceptionnels. »

Pour les autres, l'association est fréquente. Henri Roger et Paillas, de Marseille, dans une statistique en décembre 1936, ont rapporté 50 observations personnelles d'association tabès et paralysie générale, sur 358 tabétiques observés à la Clinique neurologique dans ces dernières années, soit 17,4 % des cas.

Il semble que la raison de telles divergences sur la fréquence de ces associations vienne de ce que les auteurs discutent sur la nature exacte des troubles mentaux des tabétiques. Tout le monde est d'accord sur la fréquence de ces troubles mentaux, mais certains auteurs pensent qu'ils ne sont que rarement dus à la méningo-encéphalite diffuse.

Sur les conditions d'évolution des deux affections, nous rapporterons l'opinion de M. Sézary.

Il est rare qu'un tabétique avéré à symptomatologie complète devienne paralytique général. Le plus souvent, il s'agit d'un paralytique général que l'on est appelé à voir pour ces troubles mentaux et chez lequel l'examen complet révèle les signes de la série tabétique. Dans ce cas, le tabès est habituellement réduit à un minimum de signes et est peu évolutif.

Dans le cas où la paralysie générale est apparue secondairement à un tabès avéré, sa symptomatologie, son évolution, sont particulières. Le tableau de la paralysie générale est habituellement incomplet, se réduit souvent comme chez notre malade à un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles sans délire. Signalons à ce propos deux observations de Chaslin où les malades tabétiques avérés ont vu évoluer leur paralysie générale sans présenter de délires à aucun moment. Le délire, s'il existe, revêt des caractères dépressifs inhabituels chez les paralytiques généraux où le thème délirant est normalement expansif et euphorique.

L'évolution de la paralysie générale chez le tabétique est également particulière. Nous avons signalé chez notre malade une évolution qui semble rapide, mais cela n'est pas constant et Sézary considère au contraire que, dans ces cas, l'évolution est particulièrement lente, pouvant se prolonger cinq ans, dix ans, vingt-deux ans même, dans un cas de Nissl et que même dans certains cas, des régressions spontanées sont possibles.

C'est cette évolution et l'existence de ces régressions qui font discuter la nature des troubles mentaux chez les tabétiques.

Certains auteurs comme Haguenau, parlent de pseudo - paralysie générale des tabétiques. Je-

lienski qui a consacré sa thèse (Lyon 1930), aux troubles mentaux des paralytiques généraux sépare chez eux, trois ordres de troubles mentaux : la paralysie générale véritable, la syphilis cérébrale à forme en foyers localisés, artérielle ou gommeuse, mais non parenchymateuse, et des troubles mentaux — psychose constitutionnelle ou autres — que l'on peut observer chez n'importe quel sujet. Claude considère que la paralysie générale n'est pas très fréquente et pour affirmer sa rareté, il s'appuie sur l'anomalie des troubles mentaux d'une part et sur le fait que ces troubles rétro-cèdent assez bien au traitement spécifique banal, fait absolument inhabituel dans la paralysie générale.

Sur l'aspect des troubles mentaux, Seglas considère qu'on ne peut tirer argument : « Il est impossible d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de paralysie générale en appréciant qualitativement et quantitativement une démence. »

Sézary discute l'argument thérapeutique. En effet, l'amélioration signalée par Claude, par le simple traitement spécifique, n'a été dans ces cas rapportés, que très relative.

Enfin, Nageotte apporte un argument anatomique important : ayant trouvé le tréponème dans le cerveau de tabétiques en aussi grande quantité

que chez les paralytiques généraux avérés, alors que ces malades n'avaient présenté que des troubles mentaux très dégradés ou même n'en avaient pas présenté du tout.

Sézary conclut à l'unité des troubles mentaux chez les tabétiques. La lésion anatomique est la même, ce qui les différencie les uns des autres, c'est leur symptomatologie plus discrète dans certains cas et leur sensibilité plus grande au traitement.

A ce fait il donne une explication qui est la suivante : « Une lésion nerveuse syphilitique importante peut influencer une autre lésion de même nature et en atténuer ou en retarder les manifestations. » Il y a un balancement entre le tabès et la paralysie générale, quand ces deux affections évoluent simultanément; l'une rétrocedant, quand l'autre s'aggrave. C'est un mécanisme semblable qui peut expliquer ce fait depuis longtemps classique que la névrite optique tabétique ne se voit que dans des *tabès* au début et empêche l'évolution du tabès dorsal.

L'immunité de la syphilis est liée à la présence du spirochète, elle disparaît si le spirochète est détruit. Si une lésion insuffisante ne suffit pas à provoquer l'immunité, on peut admettre qu'une lésion importante détermine une immunité relative vis-à-vis des autres localisations. Il est bien connu que

les syphilis nerveuses se voient surtout chez les malades dont les manifestations cutanées furent réduites au minimum.

De ces considérations sur l'association des deux affections, Sézary tire une conclusion thérapeutique : « Depuis longtemps nous avons constaté que cette affection (paralyse générale) dans les cas rares où elle s'accompagne de tabès, est particulièrement accessible aux traitements modernes qu'on lui oppose : malariathérapie ou stovarsol. Nous reviendrons sur ce point lors de la discussion de la thérapeutique.

PRÉCISIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DU TABÈS CHEZ NOTRE MALADE

Par l'interrogatoire du malade, pas davantage que par l'interrogatoire de sa famille, nous n'avons retrouvé d'accident primaire ou secondaire de syphilis.

Cependant, personne ne discute plus à l'heure actuelle sur l'étiologie spécifique d'affections comme le tabès et la paralysie générale. Mais on discute encore pour savoir quelle est la raison pour laquelle certains sujets et un petit nombre seulement, sont atteints de syphilis nerveuse.

Dans différentes statistiques, on ne trouve que 2 ou 3 % de syphilitiques atteints de tabès ou de paralysie générale. Il semble donc que si la syphilis est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour expliquer toute l'étiologie de ces deux affections.

De nombreuses théories ont été proposées, nous les mentionnerons en notant en quoi elles peuvent s'appliquer à notre malade.

1. — *La théorie du virus neurotrope* (de Levaditi et A. Marie) qui tend à individualiser une certaine variété de tréponème touchant électivement le système nerveux à l'exclusion des autres parenchymes. Chez notre malade le tissu artériel semble partager autant que le système nerveux l'atteinte du tréponème qui, dans notre cas, n'est donc nullement spécialement neurotrope.

2. — *Le rôle de l'allergie*, soutenue par Dujardin en 1932, dans l'étiologie de la paralysie générale, ne s'applique pas très bien à notre malade. Selon l'auteur, la réaction de l'organisme au tréponème pourrait être de deux types :

— soit le type allergique si l'organisme se défend bien, réalisant une syphilis plus ou moins localisée, vasculaire, sclérogommeuse;

— soit si l'organisme se défend mal, une réaction anallergique réalisant la paralysie générale et le tabès.

L'état d'allergie traduit les énergiques possibilités de défense de l'organisme créées par « la somme des réactions humorales ou tissulaires ».

Il faudrait donc admettre dans le cas que nous rapportons, que le malade ait fait des réactions anallergiques au niveau de son système nerveux et des réactions allergiques au niveau de ses autres viscères.

Parmi les causes prédisposantes à la paralysie générale, certains facteurs ont été invoqués :

— *l'âge tardif du malade*; mais nous n'avons aucun renseignement sur l'âge auquel il a contracté la syphilis.

— *la notion d'accident secondaire minime*; là non plus nous n'avons que peu de renseignements, mais il semble tout de même que ceux-ci aient été suffisamment discrets pour ne pas avoir attiré l'attention du malade qui n'a jamais consulté de médecin.

— *l'insuffisance du traitement*; chez notre malade elle est absolument indiscutable. Il n'a jamais été traité et c'est sans doute le facteur le plus important pour expliquer l'évolution d'une syphilis tardive aussi sévère.

Rappelons enfin deux causes sur lesquelles on a insisté :

— *la constitution névropathique* chez les syphilitiques évoluant vers la paralysie générale. Notre malade n'en présentait aucun caractère. Il eut peut-être une vie un peu désordonnée, instable, mais sans qu'on puisse parler de tare importante.

— *la notion de traumatisme crânien*. Notre malade a été commotionné pendant la guerre; mais vraiment il semble impossible de tenir compte d'un traumatisme sur lequel nous manquons de renseignements et qui a lieu vingt ans avant l'apparition des premiers symptômes.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

En 1922, à l'occasion du centenaire de la thèse de Bayle, on pouvait écrire : « La paralysie générale est une affection actuellement incurable et qui ne comporte pas de traitement. »

A l'heure actuelle, depuis la pratique de l'impaludation par Wagner Jauregg, de Vienne, en 1917, et la mise en œuvre de traitements par les arsénicaux pentavalents, le pronostic de la paralysie générale s'est considérablement modifié. Sans qu'on puisse avec certitude affirmer un bon pronostic avant de commencer tout traitement, il existe souvent de très grosses chances d'amélioration, voire même de guérison.

Ce qui assombrit chez notre malade considérablement le pronostic, c'est l'anévrisme de l'aorte. Certes il s'agit d'un anévrisme peu important; ce n'est pas la grosse masse extériorisée sous la paroi, pulsatile et qui évolue rapidement vers la rupture. Mais son aorte est tout de même très touchée; l'aortite est indiscutable et il s'agit très certainement

d'aortie ectasiente réalisant un anévrisme fusiforme si on en juge par l'aspect radioscopique et radiologique.

Devant une lésion artérielle aussi importante, il est bien difficile d'espérer un bon résultat thérapeutique.

Notre malade est porteur de trois ordres de lésions : tabès, paralysie générale, aortite qui, si elles ont la même étiologie, ne commandent pas un traitement univoque. De plus, il a déjà 56 ans, une sclérose artérielle manifeste et quel que soit le traitement qu'on envisage, il faudra le mettre en œuvre de façon très prudente. Peut-on espérer par un traitement prudent une amélioration de lésions si profondes? Nous n'en sommes pas certains.

1° *Pour la paralysie générale* deux traitements s'offrent qui ont chacun leurs partisans: la malaria-thérapie et le traitement par le stovarsol sodique.

L'une et l'autre de ces méthodes donnent à peu près le même pourcentage de résultats. On peut compter grossièrement que dans un tiers des cas on observe la guérison complète, dans un tiers des cas l'arrêt de l'évolution, les lésions restant fixées, et dans le dernier tiers un insuccès complet, l'évolution se poursuivant vers la mort.

Les deux méthodes donnent des résultats d'au-

tant plus favorables que les malades ont été traités plus tôt.

Les avantages du stovarsol sur la malariathérapie, pour Sézary et Barbé, sont d'une part la plus grande facilité à exécuter ce traitement que l'on peut faire à des malades non hospitalisés et qui n'est nullement pénible, et d'autre part le fait que les contre-indications à la méthode sont moins nombreuses que pour la malariathérapie.

Pour impaluder les malades, il est nécessaire que l'état somatique soit suffisant pour faire les frais du paludisme. La méthode est contre-indiquée chez les tuberculeux même latents, les grands insuffisants hépatiques, les rénaux, les cardiaques décompensés, enfin chez les sujets âgés ou ayant fait récemment un ictus. A la suite de l'inoculation, on peut avoir des accidents et la mortalité due uniquement au paludisme, si elle est faible, reste tout de même indiscutable.

Au traitement par le stovarsol, il y a très peu de contre-indications. On peut traiter les cachectiques. La seule contre-indication absolue est l'existence de lésions du nerf optique. C'est elle l'accident majeur et c'est à cause d'elle qu'il faut être prudent chez des sujets qui peuvent avoir une lésion optique latente, comme les alcooliques, les diabétiques avérés, ou même les vieillards.

2° *Sur le traitement du tabès* Sézary écrit : « Le tabès nécessite un traitement prolongé plus qu'intensif. » Il conseille de commencer par une cure arséno-bismuthique pour enrayer l'évolution s'il s'agit d'un tabès encore évolutif et d'associer ensuite le bismuth et le mercure, le mercure devant faire le fond du traitement.

3° *Pour l'aortite* tous les auteurs et les cardiologues surtout, conseillent la prudence. Si le sujet est jeune et résistant, s'il est encore près de l'accident primaire, il faut le traiter; le 914 donne de bons résultats. Mais s'il s'agit d'un sujet déjà âgé au cœur déficient, ayant une tare rénale ou hépatique, il vaut mieux s'abstenir de traitement. D'ailleurs sur une lésion aussi profonde qu'un anévrisme où la tunique interstitielle de l'artère est détruite, on ne peut espérer une restitution *ad integrum*.

Le traitement agit surtout sur la péri-aortite, la médiastinite qui sont constantes dans les lésions jeunes évolutives, qui sont beaucoup plus discrètes dans les lésions anciennes et qui sont à la base souvent de signes fonctionnels tels que l'angine de poitrine que ne présente pas notre malade.

Rappelons encore que, si l'hypertension pour Sézary ne contre-indique pas le traitement d'une

syphilis, l'artério-sclérose nécessite une grande prudence.

— *Que préconisons-nous chez notre malade?*

Faut-il le traiter comme un paralytique général? Ou faut-il se contenter d'un traitement spécifique banal et prudent?

Nous rappelons la constatation de Sézary sur le traitement de la paralysie générale des tabétiques. Il considère qu'elle est particulièrement accessible au traitement aussi bien par la malariathérapie que par le stovarsol.

— *Faut-il impaluder notre malade?*

Cela n'est peut-être pas indispensable; et l'on peut se demander si le paludisme sera bien supporté par ce malade aortique scléreux ayant un gros foie et qui présente une urée sanguine à 0 gramme 40. Nous ne conseillons l'impaludation qu'après une étude approfondie des fonctions rénales et hépatiques : épreuves du galactose et de la phénolphtaléine.

— *Faut-il avoir recours au stovarsol?*

Le stovarsol présente l'avantage d'être plus maniable. A la moindre alerte on peut cesser le traitement. Le fond d'œil du malade est normal, ceci n'est pas un élément de sécurité absolue, mais enfin cela permet tout de même d'entreprendre le traitement en suivant régulièrement chaque se-

maine l'état de la papille. Nous croyons donc que, contre la paralysie générale qui domine nettement le tableau clinique chez ce malade, le stovarsol serait un bon moyen thérapeutique.

— *Faut-il encore être plus prudent* et, du fait qu'il est tabétique, redouter la névrite optique au point de proscrire le stovarsol?

Dans ce cas, il faudrait se contenter d'un traitement spécifique. Non pas un traitement intensif (il n'a jamais été traité) : entreprendre un traitement d'attaque de sa syphilis maintenant nous paraît tardif et non dénué de danger.

Il vaut mieux se contenter certainement d'un traitement prudent associant au bismuth les sels solubles de mercure. Il est possible que ce traitement ait une heureuse influence sur les troubles mentaux. Certains auteurs en tireraient argument pour dire qu'il s'agit de syphilis cérébrale et non pas de paralysie générale. Sur son anévrisme et sur son tabès un tel traitement peut fixer l'évolution, et laisser espérer une modification de la ponction lombaire. Il est certain qu'au point de vue fonctionnel notre malade est peu gêné actuellement par son aorte et sa lésion médullaire.

En conclusion, avant d'entreprendre le traitement par le stovarsol, nous croyons qu'on peut essayer une traitement mixte par le bismuth et le cyanure

de mercure. Si les troubles mentaux ne s'aggravent pas, on pourra peut-être attendre et suivre quelque temps le malade. S'ils ont l'air de s'accroître, nous conseillons d'avoir immédiatement recours au stovarsol.

Quoi qu'on fasse chez ce malade, le pronostic est très sévère.

On se trouve pris entre le danger de ne pas le traiter suffisamment et celui de lui nuire par un traitement trop intense. Mais « tous les traitements de la paralysie générale comportent des dangers; ce n'est pas une raison pour abandonner la maladie à son évolution spontanée qui est toujours fatale » (Barbé et Sézary).

Il reste un problème à envisager qui est celui de l'internement de ce malade. Il s'agit d'un dément qui n'est nullement responsable à l'heure actuelle des actes qu'il peut commettre. Il ne nous semble pas « qu'il soit dangereux pour lui-même ou pour son entourage », selon le terme exact de la loi du 30 juin 1838. Il n'a présenté aucune réaction antisociale (vol absurde, impulsif, maladroit; exhibitionnisme). Son état est assez calme et permet jusqu'à ce jour de le garder dans une salle de malades. C'est plus actuellement un malade d'hôpital que d'asile.

CONCLUSIONS

Nous avons cru intéressant de rapporter le cas d'un malade atteint à la fois de paralysie générale, de tabès et d'anévrisme de l'aorte.

L'association complète de ces trois manifestations de syphilis tardive qui coexistent d'ailleurs avec une maladie de Dupuytren, pour laquelle nous avons rappelé plus haut les rapports avec la syphilis, n'a rien qui puisse nous surprendre. Cependant, elle ne semble pas d'une grande fréquence.

L'association du tabès et de l'anévrisme de l'aorte réalisant le syndrome de Babinski-Vaquez est connue et fréquente à l'heure actuelle.

L'association de la paralysie générale et du tabès a retenu notre attention; non pas qu'elle soit rare, mais parce que, encore maintenant, elle donne lieu à des discussions que nous nous sommes permis de rappeler sur la nature des troubles mentaux chez les tabétiques.

Le fait qu'il existe chez les tabétiques des paralysies générales particulièrement sensibles au traitement, à formelente et régressive, pose le problème du caractère « immunisant » de certaines lésions nerveuses pour d'autres lésions de même nature.

A propos de notre malade, nous avons passé en revue les causes déterminantes de la paralysie générale. Chez lui, une seule cause est actuellement à noter, le fait que la syphilis a été méconnue et n'a jamais été traitée.

Le traitement a retenu notre attention. Notre malade, dont l'état général laisse à désirer, qui est âgé et scléreux, court des risques, croyons-nous, dans un traitement par la malariathérapie.

Nous pensons qu'il faut le traiter avec la plus grande prudence, se contenter d'abord d'un traitement spécifique (bismuth et cyanure), juger des susceptibilités du malade et de ses réactions, et ne tenter qu'après coup le traitement par le stovarsol sodique qui nous semble, dans le cas présent, plus favorable que la malariathérapie.

Nous portons chez lui un pronostic sévère étant donné que son état est grave, que l'évolution a été relativement rapide et que nous arrivons bien tard pour traiter une syphilis qui a touché un organisme d'une façon si étendue, lui laissant peu de résistance pour supporter un traitement aussi sérieux.

Vu : *le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *le président,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le recteur de l'Académie de Paris :
Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

Alajouanine, Maire et Guillaume. — Revue Neurologique, 1930.

Boldi (Naples). — Les psychoses chez les tabétiques.

Babinski. — Travaux scientifiques, 1913.

— Des troubles pupillaires dans les anévrismes de l'aorte. Société Médicale des Hôpitaux, 8 novembre 1901.

Boulogn P. — Rétraction symétrique des aponévroses palmaires par ectasie de l'aorte chez un syphilitique. Bulletin Médical, 26 février 1926.

Courtois, Misset et Beley. — Paralysie générale d'évolution rapide chez un sujet atteint d'anévrisme aortique. Cas rapporté à la Société Médico-Psychologique le 12 juillet 1934. Revue Neurologique.

Chaillous. — Annales d'Oculistiques, 1902. Des troubles pupillaires chez des malades atteints de dilatation aortique.

Chaslin. — Sémiologie et clinique mentales, 1912.

Claude. — Psychiatrie médico-légale. Paris, Doin, 1932.

Dujardin. — Etiologie de la paralysie générale, 1932.

Fournier. — Leçons sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique, 1885.

Gougerot. — Traitement de la syphilis en clientèle, 1927.

— Traitement de la syphilis nerveuse, 1935.

— Syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique, 1913.

Jasienski. — Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours du tabès. Thèse de Lyon, 1930.

Journal de Neurologie et de Psychiatrie, 1936, 2^e volume. L'Encéphale.

Laubry. — Traité des maladies du cœur.

Lechelle P. et H. Baruck. — Association de sclérodémie et de maladie de Dupuytren chez un spécifique. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, pp. 622-629, 19 mai 1927.

Marie Pierre. — Maladies de la moelle, 1892.

Maire. — La maladie de Dupuytren d'origine nerveuse. Thèse 1932, Paris.

Ravaut Paul. — Une nouvelle syphilis nerveuse.

Revue Neurologique, 1936.

Roger Henri et Paillas (Faculté de Marseille). — La tabo-paralysie. Marseille Médical du 5 avril 1936, pp. 442-463.

Sézary. — La Syphilis du système nerveux, 1938, Masson.

Sézary et Gallot. — Presse Médicale, n° 13, 13 février 1935.

Trichet. — Remarques sur la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux. Thèse de Paris, juillet 1904.

Vaquez. — Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 1902, p. 79 et 90. Syndromes de Babinski ou association de troubles de la pupille avec les lésions de l'aorte.

